

# Consenso informato: dal buio alla luce. Andata e... pericoloso ritorno?

■ Nicola Todeschini<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Avvocato, Gruppo di Ricerca in Scienze Medico Legali dell'Università degli Studi di Siena

## ABSTRACT

Over the last years, the principle of informed consent has gained considerable importance in the doctrinal elaboration and approaches, as well as juridical interpretations, thereby influencing the everyday activities of the medical profession. It tends to reflect the concept of autonomy and decisional auto determination of the person requiring medical or surgical interventions. The correct informed consent requires that the healthcare provider gives the patient all the information necessary for a knowledgeable decision on the proposed procedure. In order for the patient to be presented with sufficient information to make an informed decision, several elements are necessary, regarding diagnosis, purpose of proposed treatment, possible risks and benefits of proposed treatment, possible alternatives to proposed treatment and possible risks of not receiving treatment. Informed consent is still the object of continuous explorations. In this article, the Author analyses the doctrine of informed consent in the Italian contest, describing some decisions of the Court that are useful to explore all the aspects of the subject.

**Keywords:** informed consent, medical liability

*Informed consent: from darkness to light. There and (dangerous?) back.*  
*Pratica Medica & Aspetti Legali 2008; 2(3): 131-136*

## ■ INTRODUZIONE

A riprova del fatto che il tema della comunicazione [1] e dell'informazione sanitaria è ben lontano dall'essere risolto, continuano a godere della ribalta giurisprudenziale decisioni che attengono al rilievo della violazione del dovere di informare; in particolare ci si interroga sull'autonoma risarcibilità del solo – si fa per dire – violato diritto all'informazione a prescindere da un danno biologico connesso a un errore professionale.

È verosimile che una delle ragioni che presiedono a questa condizione di continuo divenire del concetto di consenso informato sia legata, come in altre pagine già rilevato [2], al difficile parto del concetto stesso di consenso informato che, come ormai noto, nasce in un contesto più protettivo degli interessi dei Sanitari che del malato, e mi spiego: provare la prestazione del consenso informato

valeva ai Sanitari il conseguimento di un biglietto per viaggiare indenni soprattutto nel territorio della colpa penale, che poteva risultare così scriminata dal cosiddetto consenso dell'avente diritto.

Solo successivamente si è finalmente accreditata al tema del consenso informato l'importanza rappresentata dall'informazione o, sarebbe meglio dire, dal dovere-diritto d'informazione. Si è quindi finalmente ricondotto nell'alveo delle regole costituzionali, in particolare dell'art. 32, Il comma, Cost., dell'art. 13 Cost., dell'art. 33, legge n. 833 del 23/12/1978, il "prevaricante" ruolo del consenso e dell'informazione nella dinamica dei rapporti tra medico (struttura) e paziente.

Tuttavia, le nebbie del vizio primigenio, cui si è fatto cenno, tardano a liberare l'orizzonte e ancora si fatica a riconsiderare lo stesso sinallagma del contratto di cura elargendo – ahimè – al dovere d'informare, in taluni casi, mero ruolo di dovere accessorio; per contro, è ormai fuori discussione

### L'obbligo di informazione

- Nel contratto di prestazione d'opera intellettuale tra il chirurgo e il paziente, il **professionista**, anche quando l'oggetto della sua prestazione sia solo di mezzi, e non di risultato, **ha il dovere di informare il paziente sulla natura dell'intervento, sulla portata ed estensione dei suoi risultati e sulle possibilità e probabilità dei risultati conseguibili**, sia perché violerebbe, in mancanza, il dovere di comportarsi secondo buona fede nello svolgimento delle trattative e nella formazione del contratto (art. 1337 c.c.), sia perché tale informazione è condizione indispensabile per la validità del consenso, che deve essere consapevole, al trattamento terapeutico e chirurgico, senza del quale l'intervento sarebbe impedito al chirurgo tanto dall'art. 32, comma 2, Cost., (a norma del quale nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge), quanto dall'art. 13 Cost., (che garantisce l'invulnerabilità della libertà personale con riferimento anche alla libertà di salvaguardia della propria salute e della propria integrità fisica), e dall'art. 33 l. 23 dicembre 1978 n. 833 (che esclude la possibilità d'accertamenti e di trattamenti sanitari contro la volontà del paziente, se questo è in grado di prestarlo e non ricorrono i presupposti dello stato di necessità; ex art. 54 c.p.)
- **L'obbligo d'informazione, che si estende allo stato d'efficienza e al livello di dotazioni della struttura sanitaria in cui il medico presta la propria attività, riguarda i soli rischi prevedibili e non anche gli esiti anomali**, e si estende varie fasi degli stessi che assumono una propria autonomia gestionale, e, in particolare, ai trattamenti anestesiolgici. In ogni caso, perché l'inadempimento dell'obbligo d'informazione dia luogo a risarcimento, occorre che sussista un rapporto di causalità tra l'intervento chirurgico e l'aggravamento delle condizioni del paziente o l'insorgenza di nuove patologie
- Nella specie, la Corte di Cassazione ha confermato la decisione di merito che aveva rigettato la domanda di risarcimento per i danni che l'attore assumeva subiti per una inadeguata manovra d'intubazione nel corso di un intervento chirurgico per artroprotesi all'anca, facendo valere la responsabilità del chirurgo per mancanza di consenso informato in relazione al trattamento anestesiolgico, dal quale sarebbe derivato il danno fonetico. Nell'occasione, la Corte di Cassazione ha reputato corretta la sentenza d'Appello che, confermando la decisione di primo grado, aveva escluso la sussistenza del nesso di causalità tra il trattamento d'intubazione orotracheale e la disфонia che aveva colpito il ricorrente [4]

che il dovere d'informare sia intrinseco alla stessa funzione del contratto e la sua violazione valga a porlo in un imbarazzo tale da determinare il ricorso anche a rimedi estremi, quali la risoluzione del contratto per inadempimento grave [3].

Diversamente mal si concilierebbero le pronunce, anche della Corte di Cassazione, in particolare della sez. III, che affermano, ad ogni piè sospinto, il dovere d'informare il paziente sulla natura dell'intervento, sulla consistenza ed estensione dei suoi risultati e delle probabilità di ottenerli collegandovi, in mancanza, non solo la violazione del comportamento secondo buona fede nello svolgimento delle trattative e della formazione del contratto, sancita dall'art. 1337 c.c. (vedi Box), ma anche la violazione dei succitati articoli della carta fondamentale e della legge del '78 che esclude la possibilità di accertamenti e trattamenti sanitari contro la volontà del paziente.

## ■ IL CONSENSO E IL CONTRATTO MEDICO-PAZIENTE

Nonostante ciò si commette, a volte, il peccato di non invadere, nella valutazione delle conseguenze della violazione del dovere di informare, l'area dell'esecuzione del contratto affermando, come invece si dovrebbe, che il dovere d'informare attraverso

sia sia la fase precontrattuale che quella di esecuzione del contratto e che, ove fallisca il presupposto fondamentale del consenso alla prestazione, fallimento determinato dalla mancata informazione, fallisce il contratto stesso; ciò significa che è grave l'inadempimento che consista nella violazione del dovere d'informare poiché è più importante che venga fatta salva la facoltà del paziente di autodeterminarsi alla cura, salvi i casi determinati dalla legge succitata e comunque dallo stato di necessità, che la prestazione di per sé "perita"<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> «Ai fini della configurazione di siffatta responsabilità è del tutto indifferente se il trattamento sia stato eseguito correttamente o meno, svolgendo rilievo la correttezza dell'esecuzione agli effetti della configurazione di una responsabilità sotto un profilo diverso (ossia quello, per l'appunto, della corretta esecuzione del trattamento, n.d.r.) [...] La correttezza o meno del trattamento, infatti, non assume alcun rilievo ai fini della sussistenza dell'illecito per violazione del consenso informato, in quanto è del tutto indifferente ai fini della configurazione della condotta omissiva dannosa e dell'ingiustizia del fatto, la quale sussiste per la semplice ragione che il paziente, a causa del deficit di informazione, non è stato messo in condizione di assentire al trattamento sanitario con una volontà consapevole delle sue implicazioni (trattasi di trattamento di radioterapia, n.d.r.), con la conseguenza che, quindi, tale trattamento non può dirsi avvenuto previa prestazione di un valido consenso e appare eseguito in violazione tanto dell'art. 32 comma secondo della Costituzione, quanto dell'art. 13 della Costituzione e dell'art. 33 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, donde la lesione della situazione giuridica del paziente inerente alla salute e all'integrità fisica per il caso che esse, a causa dell'esecuzione del trattamento, si presentino peggiorate» [5]

**Siamo così entrati** – l'occasione è propizia – **nell'era del "se curare", superando quella del "curare e basta"** [1].

Pur tuttavia, il rilievo, nella fase precontrattuale, della violazione del dovere di informare ha il merito anche di ricordare che è proprio nella fase delle cosiddette "trattative" (termine che suona improprio nel caso del contratto di cura) che il paziente si determina, sulla scorta dell'informazione ricevuta, alla cura che gli è stata proposta; è evidente a ciascuno che la prestazione di un consenso che non consegua a una corretta informazione non vale a liberare da responsabilità il Sanitario ma, semmai, ad aggravarne le conseguenze. Così, tra pronunce più timide, e altre che affermano invece la centralità del dovere di informare nella dinamica contrattuale, si assiste comunque a una serie di chiarimenti che sono utili a disegnare i confini, ancora nebulosi, quantomeno per alcuni, del contenuto dell'informazione; così, per esempio, nella sentenza n. 14638 del 30/07/2004, pronunciata dalla sez. III, si precisa che l'obbligo di informazione e non, si badi bene, la facoltà di informare, si estende senza dubbio anche allo stato di efficienza e al livello di dotazioni della struttura sanitaria nelle quale il medico presti la propria attività e si estende anche ad ogni fase del trattamento che assuma una propria autonomia gestionale (il riferimento è, nel caso di specie, ai trattamenti anestesiolgici) [6].

La precisazione è fondamentale perché conferma, sempre che sia necessario farlo, l'importanza del diritto del paziente ad autodeterminarsi alla cura: per esercitare tale diritto, di rango costituzionale, dev'essere informato<sup>2</sup> anche sulle **condizioni di efficienza e sul livello di dotazione della struttura sanitaria** per comprendere se faccia al suo caso, in funzione della particolarità della patologia sofferta o se sia preferibile che si rivolga a un centro più attrezzato o specializzato nella cura della malattia. Tale precisazione scredita, in misura definitiva, alcune peraltro – già allora – discutibili difese dei Sanitari convenuti in giudizio, secondo le quali le conosciute deficienze dell'organizzazione sanitaria non sarebbero in alcun modo imputabili ai Sanitari dipendenti, perché non rientranti nella loro disponibilità.

<sup>2</sup> *La circostanza che manca nella legislazione italiana uno standard di riferimento degli strumenti di cui una struttura sanitaria pubblica deve necessariamente disporre non esime il medico responsabile della cura dei pazienti dal dovere di informarli della possibile inadeguatezza della struttura per l'indisponibilità, anche solo momentanea, di strumenti essenziali per una corretta terapia o per un'adeguata prevenzione di possibili complicazioni, tanto più se queste siano prevedibili in relazione alla particolare vulnerabilità del prodotto del concepimento, specialmente se esso venga alla luce in condizioni di prematurità o immaturità [7]*

Tuttavia, per quanto non si possa addebitare al dipendente della struttura, ma semmai al suo dirigente, il mancato acquisto di un'apparecchiatura per svolgere ecografie corrette, è certamente imputabile al Sanitario dipendente della struttura la mancata informazione del paziente circa l'assenza di detta apparecchiatura e la grave imprudenza in cui incorre qualora decida di curare il paziente sulla scorta di strumenti per l'esecuzione del contratto di cura che egli sappia non essere all'altezza. Tale conclusione, inoltre, determina quello che si può definire un circolo virtuoso, imponendo a ciascun anello della catena di essere da stimolo per il miglioramento del funzionamento dell'imponente macchina sanitaria e fa il paio, come si può agevolmente ritenere, con il principio che regola la **responsabilità dell'équipe**<sup>3</sup>: **anche in quest'ultimo caso non può essere esente da responsabilità il chirurgo che abbia consapevolezza della manovra errata posta in essere dall'anestesista e che non intervenga per fermarlo o per correggerlo e poi, di fronte al decesso del paziente, si limiti a rinfacciare al ritenuto responsabile (il collega anestesista) la conseguenza dell'autonoma esecuzione della relativa fase dell'intervento.** Se mai tale principio di irresponsabilità venisse seguito, ma è lungi dall'esserlo, l'équipe risulterebbe designata come una squadra i cui componenti non si conoscono né vogliono conoscersi.

Corre l'obbligo, per completezza, di ricordare che la pronuncia della sez. III del supremo collegio, sopra richiamata, conclude per l'esclusione della possibilità di accoglimento di una domanda di risarcimento del danno collegata al difetto di informazione apparendo, a una lettura rapida, in contrasto con i principi premessi. A ben leggere, però, il diniego risulta motivato sulla scorta della mancanza del nesso di causa tra il danno, così come indicato dal ricorrente, e il difetto di informazione e non afferma, come potrebbe apparire al lettore frettoloso, l'impossibilità di ricollegare alla violazione del consenso anche un risarcimento del danno. Affinché la domanda potesse trovare riscontro, in verità, sarebbe stato necessario collegare al vizio del consenso non – come è accaduto – il danno biologico conseguito all'esito dell'intervento sanitario che, secondo i medici legali, era invece relativo a un evento a conseguenze imprevedibili, ma metterlo in connessione con il danno patrimoniale e non patrimoniale derivante dalla compromissione del diritto costituzionale all'autodeterminazione alla cura [9].

<sup>3</sup> *In tema di responsabilità medica di équipe, l'aiuto risponde, ex art. 2055 c.c., del danno causato dal primario in tutti i casi in cui abbia la possibilità di controllare l'operato di quest'ultimo o di esprimere il proprio dissenso, sicché se non interviene per controllare o impedire una scelta terapeutica oggettivamente sbagliata, è ravvisabile in capo a lui una colpa omissiva [8]*

## ■ IL DIRITTO ALL'AUTODETERMINAZIONE DEL PAZIENTE

Un altro esempio, ahimè poco produttivo, della difficoltà di accedere, con consapevolezza, a conclusioni che sono alla portata ma delle quali, evidentemente, si teme in modo inconsapevole la dirompenza, è rappresentato da un recente pronunciamento del Tribunale di Ferrara [10]; la complessità e, a volte, l'incoerenza – ad avviso di chi scrive – delle osservazioni contenute negli interessanti motivi, dimostra, una volta di più, quanta strada debba ancora percorrere nel settore della responsabilità medica il cosiddetto consenso informato o meglio, come sarebbe il caso di affermare, il **dovere-diritto d'informazione**.

Il caso riguarda una vertenza che oppone un paziente, che assume di essere stato danneggiato, a una struttura sanitaria che, invece, difende il proprio operato; nel corso del processo trova affermazione una colpa, definita lievissima, della struttura sanitaria, ma non viene accolta la domanda di risarcimento del danno per difetto, pur acclarato, di informazione, poiché l'organo giudicante ritiene che non vi sia possibilità di dimostrare il nesso di causa tra la mancata informazione e l'asserito danno; a tale conclusione l'organo giudicante giunge poiché ritiene che, se anche l'informazione fosse stata resa in modo completo, non vi sarebbe stata indicazione per una scelta diversa da quella alla quale il paziente si è determinato (sulla scorta però di un'informazione difettosa) e, pertanto, non vi sarebbe un danno ricollegabile a una diversa opzione che il malato avrebbe potuto preferire, se correttamente messo nelle condizioni di farlo. La scelta, per la cui determinazione v'è contesa, riguarda l'alternativa esistente tra un trattamento chirurgico e uno radioterapico. L'organo giudicante ritiene che il mancato riferimento al possibile verificarsi di una complicazione, che in effetti si è verificata, non sia stato causa del danno e che, anche se la notizia fosse stata correttamente riportata – con una percentuale di esiti di recisione di nervi ricorrenti, nella specie gravante il paziente – non sarebbe stato affatto probabile – e comunque non provato – che il paziente avrebbe deciso di escludere l'intervento chirurgico per detto timore.

Osserva il giudice, proseguendo, che «quell'operazione avrebbe dovuto essere effettuata e l'analisi costi/benefici avrebbe condotto qualsiasi persona ragionevole a optare per la via chirurgica; ciò anche tenendo conto, nell'analisi costi/benefici, del possibile rischio di una lesione irreversibile dei nervi ricorrenti (lesione solo remotamente possibile in forma bilaterale)». Sinteticamente: poiché non era ipotizzabile una seria alternativa terapeutica, non è possibile affermare la rilevanza

causale della non completa informazione fornita dall'azienda sanitaria convenuta.

L'incedere delle argomentazioni, a tutta evidenza, pare non tenere nella minima considerazione la pur costituzionalmente garantita facoltà di autodeterminazione alla cura<sup>4</sup> che va riconosciuta al malato; questi ha diritto di essere messo nelle condizioni, salvi i casi di trattamento sanitario obbligatorio e di stato di necessità, di determinarsi consapevolmente alla cura e di essere l'unico protagonista, pur con l'ausilio della consulenza specialistica, del trattamento che gli venga comminato. Vagliare, *ex post*, le probabilità che avrebbero portato un paziente, tanto più se gravemente malato, all'una piuttosto che all'altra decisione, appare assai arduo perché, come accaduto nel caso di specie, pare retaggio dell'epoca del "curare e basta", nella quale il paziente è destinatario passivo delle scelte terapeutiche e ha solo la facoltà di lamentarsi se queste ultime, lungi dall'essere da lui comprese, determinino un danno frutto di colpa professionale.

Pare nulla, quindi, la rilevanza assegnata al diritto del paziente a "non curarsi", in altre parole al **diritto ad autodeterminarsi alla cura potendo addirittura scegliere, in determinate situazioni, di non curarsi** e di affrontare anche il rischio del degenerare della patologia a fronte della rilevante sofferenza che alcuni trattamenti, particolarmente invasivi, riservano.

Che la pronuncia appaia viziata da tali premesse di metodo risulta particolarmente evidente allorché il giudice osserva: «quell'operazione avrebbe dovuto essere effettuata», come se al paziente non possa essere concessa la scelta di non operarsi!

Se tale conclusione solleva importanti dubbi di rango morale ed etico, che possono essere per un momento accantonati, è altresì protagonista di un difetto evolutivo, ad avviso di chi scrive, della corretta interpretazione del ruolo da assegnare all'informazione nel contratto di prestazione medica; ritenere che le dinamiche ricollegate al consenso informato possano, al più, meritare attenzione e rilevanza allorché alla violazione del dovere di in-

<sup>4</sup> «La libertà di determinazione del paziente diventa la regola fondamentale del rapporto con il medico, che quest'ultimo non può sostituire con considerazioni che riguardano il bene del paziente stesso. Affermazioni del genere, fino a quel momento considerate estranee alla tradizione culturale italiana ed espressione tipica di un certo radicalismo libertario, si trovano all'improvviso nel corpo di importanti sentenze destinate ad avere un seguito. Per i medici italiani è la scoperta repentina dell'importanza del consenso informato e il risveglio da un sonno nel quale erano stati cullati da buona parte dei giuristi e dei medici legali. Numerose sentenze portano alla condanna di medici per il mancato rispetto dello standard decisionale dell'informazione e del consenso.» L'autore [11] allude al caso trattato dalla sentenza Corte d'assise di Firenze n. 13 del 18 ottobre 1990, e quindi dalla Corte di cassazione, sent. n. 699 del 1992

formare sia necessariamente ricollegata una perdita di *chances* che sia riferibile a un danno biologico, significa non comprendere la rilevanza, all'interno del sinallagma, del dovere di informare che, invece, deve essere posto a premessa e fondamento dell'intera prestazione sanitaria e caratterizzare anche il momento del suo completamento.

Per il vero, la Corte di Cassazione ha chiarito, in molte occasioni<sup>5</sup>, come l'informazione debba pervadere l'intera prestazione ma, ad oggi, si fatica ancora a trarre le conseguenze, in diritto, che dalla violazione del dovere di informare possono, anzi debbono, essere tenute presenti dall'interprete; la facoltà di autodeterminarsi alla cura, che ha a che fare con lo stesso diritto alla salute e alla dignità del malato, salvi i casi limite rappresentati dal trattamento sanitario obbligatorio, se viene cancellata da una concezione della prestazione medica legata al "dover curare" travolge lo stesso significato e contenuto della prestazione di cura, potendo ben legittimare l'utilizzo degli strumenti previsti

dal diritto delle obbligazioni e, in particolare, la risoluzione del contratto per inadempimento grave; non può, infatti, che essere grave l'inadempimento, nella prestazione sanitaria, che coinvolga la libera facoltà del creditore della prestazione ad autodeterminarsi alla cura.

È evidente che una diversa prospettazione del ruolo dell'informazione all'interno del sinallagma non possa che trovare condivisione in quelle scelte, ormai del tutto superate, che attenevano alla valorizzazione del consenso dell'avente diritto quale ponte per raggiungere, scampando alla furia delle acque tempestose del processo penale, la legittimazione dell'attività medica<sup>6</sup> quando, a ben vedere, l'attività medica non ha bisogno di legittimarsi sulla scorta del consenso dell'avente diritto poiché ha facoltà di auto-legittimarsi per la sua evidente finalità di cura della salute.

Per concludere, la pronuncia, pur apparendo preziosa per l'adesione ad altri importanti principi, che fanno peraltro ormai parte della teoria generale della responsabilità medica, e in particolare perché considera affermato il diritto al risarcimento del danno allorché la perdita di *chances* di cure diverse appaia provata e ricollegata a un danno biologico, non soddisfa allorché fatica a uscire, per le ragioni anzidette, dall'epoca buia del "dover curare" per entrare a pieno diritto nell'era del "se curare".

<sup>5</sup> «Tale informazione è condizione indispensabile per la validità del consenso, che deve essere consapevole, al trattamento terapeutico e chirurgico, senza del quale l'intervento sarebbe impedito al chirurgo tanto dall'art. 32 comma 2 della Costituzione, a norma del quale nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, quanto dall'art. 13 cost., che garantisce l'invulnerabilità della libertà personale con riferimento anche alla libertà di salvaguardia della propria salute e della propria integrità fisica, e dall'art. 33 della l. 23 dicembre 1978 n. 833, che esclude la possibilità di accertamenti e di trattamenti sanitari contro la volontà del paziente se questo è in grado di prestarlo e non ricorrono i presupposti dello stato di necessità (art. 54 c.p.).» [12]

<sup>6</sup> «Principi positivi, aventi valore normativo, ricavabili per analogia dal sistema delle cause di giustificazione, in forza dei quali il trattamento medico-chirurgico si impone di per sé stesso, quando sia condotto in vista della suprema esigenza della salute del paziente e secondo la *lex artis*, come una fonte di discriminazione del fatto» [13]

## ■ BIBLIOGRAFIA

1. Loré C. Deontologia e responsabilità professionale. In: Medicina diritto comunicazione. Milano: Giuffrè, 2005
2. Todeschini N. Responsabilità professionale e dovere d'informazione: dal consenso disinformato al dovere contrattuale d'informare. Aspetti critici. In Loré C. Conoscenza e comunicazione. Milano: Giuffrè, in corso di pubblicazione
3. Todeschini N. Responsabilità professionale e dovere d'informazione. In: La responsabilità civile del medico. Diritto & Diritti – Rivista giuridica elettronica 2002. Disponibile su: <http://www.diritto.it/materiali/sanitario/todeschini10.html>
4. Cassazione civile, sez. III, sentenza n. 14638 del 30 luglio 2004. Galbiati c. Fondaz. Centro S. Raffaele Del Monte. *Giust Civ Mass* 2005, 1. *Ragiusan* 2005; 392: 249-250
5. Cassazione civile, sez. III, depositata in cancelleria il 14 marzo 2006
6. Todeschini N. La responsabilità dell'anestesista. In: Cendon P. Realizzazione personale e risarcimento del danno. Milano: Giuffrè, in corso di pubblicazione
7. Cassazione civile, sez. III, sentenza n. 6318 del 16 maggio 2000. Valli c. Tozzi. *Riv It Med Leg* 2000; 130; nota Fiori, La Monaca
8. Tribunale Roma, sez. XIII, 02 giugno 2005. Redazione Giuffrè 2005
9. Todeschini N. La colpa in medicina. In: Cendon P. Realizzazione personale e risarcimento del danno. Milano, Giuffrè, in corso di pubblicazione
10. Sentenza del 10/10/2006, Giudice dott. D'Orazi. *Giurisp di merito* 2007; n. 07/08
11. Santosuosso A. È cambiato l'atteggiamento dei giudici verso i medici che sbagliano. *Occhio Clinico* 2002; 5, maggio
12. Cassazione civile, sez. III, sentenza n. 10014 del 25 novembre 1994. Sforza c. Milesi Olgiati. *Giust civ Mass* 1994, fasc. 11
13. Vassalli G. Alcune considerazioni sul consenso del paziente e lo stato di necessità nel trattamento medico-chirurgico. *Arch Pen* 1973; 98: 81-90

## PER APPROFONDIMENTI

- Bianca CM. Inadempimento delle obbligazioni. In: Comm. del Cod. Civ. Scialoja e Branca, art. 1218-1219, Bologna-Roma, 1993, 30 e segg.
- Bianca CM. Inadempimento delle obbligazioni. In: Comm. del Cod. Civ. Scialoja e Branca, art. 1218-1219, Bologna-Roma, 1993, 24 e segg.
- Bilancetti M. La responsabilità penale civile del medico. Padova: Cedam, 1996
- Bilancetti M. La responsabilità del chirurgo estetico. *Giur It* 1997; 2: 354 e segg.
- Bilotta F. Inadempimento contrattuale e danno esistenziale. *GI* 2001; 1161, nota n. 18
- Carbone V. L'informazione sulle possibili anestesi e sui relativi rischi. *Danno e resp* 1997; 2: 183
- Castronovo C. Profili della responsabilità medica. *Vita notarile* 1997; 3: 1222 e segg.
- Carusi D. Responsabilità del medico, diligenza professionale, inadeguata dotazione della struttura ospedaliera. *Giur it* 1996; 1: 91; nota a Cassazione civile, 3 marzo 1995, n. 2466
- Carusi D. Responsabilità del medico ed obbligazioni di mezzi. *Rass Dir Civ* 1991; 485 e segg., specialmente 488 e segg.
- Cattaneo G. La responsabilità del professionista. Milano: Giuffrè, 1958
- Cendon P. Persona e danno. Milano: Giuffrè, 2004
- Cendon P, Ziviz P. Il danno esistenziale. Una nuova categoria della responsabilità civile. Milano: Giuffrè, 2000
- Cendon P, Ziviz P. Il risarcimento del danno esistenziale. Milano: Giuffrè, 2003
- Di Majo A. Responsabilità contrattuale. Torino: Giappichelli, 1997
- Mengoni L. Obbligazioni "di risultato" e obbligazioni "di mezzi". *Riv Dir Comm* 1954; 1: 296 e segg
- Palmieri A. Relazione medico paziente tra consenso globale e responsabilità del professionista. *Foro it* I, 777 e segg., in rif. a Cassazione civile, sez. III, sentenza n. 364 del 15 gennaio 1997. Scarpetta c. Usl n. 12
- Pontonio C, Pontonio F. La responsabilità del chirurgo estetico: obbligazione di mezzi o di risultato?, in RCP, II, 771, nota a sent. Trib. Trieste 14 aprile 1994, Depta c. Laudano e altro, 1994
- Rescigno P. Obbligazioni. *Enc Dir* 1979; 29: 190 e segg.
- Rodotà S. Obbligazioni. *Enc Dir* 1969, 539 e segg.
- Spirito A. Responsabilità professionale ed obbligo d'informazione. *Danno e resp* 1996; 1: 24
- Todeschini N. Obbligazioni di mezzi e di risultato: una distinzione in crisi. In: La Responsabilità civile del medico. *Diritto & Diritti – Rivista giuridica elettronica* 2002. Disponibile su <http://www.diritto.it/materiali/sanitario/todeschini2.html>
- Todeschini N. Spunti di riflessione sul concetto di diligenza. In: La Responsabilità civile del medico. *Diritto & Diritti – Rivista giuridica elettronica* 2002. Disponibile su <http://www.diritto.it/materiali/sanitario/todeschini5.html>
- Zana M. La responsabilità del medico. *Riv Crit Dir Priv* 1987; 1: 162

## CORRESPONDING AUTHOR

Avv. Nicola Todeschini, e-mail: [avvocato@studiolegaletodeschini.it](mailto:avvocato@studiolegaletodeschini.it), web: [www.studiolegaletodeschini.it](http://www.studiolegaletodeschini.it)